

Etiquette Patient

Nom :
Nom Jeune Fille :
Prénom :
DDN :/...../..... Sexe :

**Etiquette
UH****Prescripteur**

Nom :
Code APH :
Tél :

Cadre réservé au laboratoire

Préleveur

Nom :
Code APH :
Tél :



BIOCHIMIE
CENTRE FRANCAIS DES PORPHYRIES
Responsable : Pr Laurent GOUYA
Téléphone : 01 47 60 63 35 / 37 40 - Fax : 30 63



NE PAS COLLER A CET EMPLACEMENT

Date de Prélèvement

JJ/MM/AA

/

/

Heure

:

BLIR-V01-11/2018

☒ Dosage de Lithium (Téralithe ®) (tube sec avec ou sans gel)

☐ URGENT

NUMERO DE TELEPHONE ET DE FAX DU SERVICE PRESCRIPTEUR OBLIGATOIRE

N° de téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

N° de fax : .. / .. / .. / .. / ..

NB. CET EXAMEN NE PEUT ÊTRE RÉALISÉ SUR TUBE HÉPARINATE DE LITHIUM

☐ Renseignements cliniques :

Traitement

☐ Téralithe 250 mg

☐ Téralithe LP 400 mg

Informations à destination du laboratoire expéditeur (conditions préanalytiques)

Condition d'acheminement : température ambiante

Délais maximum d'acheminement (sans prétraitement) : 6 H

Prétraitement en cas d'envoi différé : centrifugation, décantation et conservation entre 2 et 8 °C

Type et nombre de
prélèvements reçus :

Non-conformité critique :

- ☐ Echantillon(s) non identifié(s)
☐ Discordance Echt/Prescription
☐ Echantillon(s) manquant(s)
☐ Contenant non adapté
☐ Echantillon(s) accidenté(s)

Tel :

- ☐ Oui
☐ Non

☐ Autres
NC Critiques

- ☐ Si Pré-traitement
☐ Centrifugation
☐ Décantation
☐ Pas de pré-traitement
☐ Conservation avant envoi
☐ TA ☐ 2 à 8°C ☐ -20°C

Date et heure d'arrivée à l'accueil
du site expéditeur -Visa

Date et heure d'arrivée à l'accueil
du site destinataire -Visa



LEX4 V01 11-2018

- ☐ NC Crit ☐ Pres.Abs ☐ Prel.Abs ☐ UHabs ☐ Cond.tran ☐ Cond.prea ☐ Tube +
☐ Autres